

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 455

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 août 1883, à 1 heure,

PAR JARRIGES (AMÉDÉE)

Né à Auzers (Cantal), le 5 mars 1856

DES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.
DIEULAFOY, MARCHAND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	{ DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ HARDY.
	{ POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGAIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIÈRE.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE

L'ABBÉ DAMPRUST

A MES BONS PARENTS

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

DES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION.

Ce sujet est toujours nouveau. Les travaux considérables qui ont été faits sur la tuberculose, et par conséquent sur la péritonite tuberculeuse, ont mis en relief, qu'on nous permette le mot, les bizarreries capricieuses de cette dernière maladie. Cependant nous avons été frappés des difficultés ou des erreurs de diagnostic auxquelles elle a donné lieu dans certaines circonstances. C'est pour cela que nous avons pris la résolution de consigner dans un travail spécial les raisons de ces difficultés ou de ces erreurs. Ce travail, nous ne savons ce qu'il vaut. Nous ne savons comment il sera accueilli par nos juges. Mais, sans prétention, nous avons tâché d'être le plus conforme à la vérité. Ce sera probablement notre seul mérite ; espérons qu'on en tiendra compte.

DIVISION.

Nous n'avons pas fait l'histoire de la péritonite tuberculeuse. Cette prétention n'aurait pas été justifiée. Nous avons seulement tâché de recueillir ce qui a été dit au point de vue du diagnostic. Puis nous faisons un petit chapitre pour l'étiologie qui joue dans le cas particulier, un grand rôle.

Quant à la symptomatologie, nous en avons dit ce qu'il fallait pour être en rapport avec nos observations, et c'est sur ces mêmes observations que nous avons engagé la discussion du diagnostic.

HISTORIQUE

On ne peut traiter du diagnostic d'une maladie sans dire un mot de la maladie elle-même : faire un long historique n'entre pas dans notre plan. Ce but a été atteint bien avant nous, et il n'y a qu'à consulter la remarquable thèse du docteur Tapret, aujourd'hui médecin des hôpitaux, pour en avoir un aperçu aussi complet que possible. C'est ainsi que cet auteur tâche de rapporter à nos ancêtres tout le mérite qu'il leur revient dans l'étude de cette maladie ; qu'il nous apprend qu'Hippocrate en parle à peine, que Gallien et Celse ne l'indiquent même pas, et que les autres médecins du de temps n'étaient pas mieux renseignés.

Au xvii^e siècle, on commença à étudier les altérations de péritoine. Bonnet et Harder signalent les indurations et l'épaisseur de l'épiploon. Mais les médecins les plus éminents de cette époque n'insistent point sur ces faits. Morton et Baglivi, qui ont donné du carreau un tableau exact, ne parlent pas de la péritonite. Cependant Cullen et quelques auteurs du même siècle avaient été frappés par des cas de morts survenus à la suite de l'inflammation de cette séreuse, mais des observations incomplètes et peu concluantes, des théories abandonnées même avant la mort de leurs auteurs, voilà tout le contingent scientifique de cette époque.

Avec Bichat, Laënnec et Bayle l'obscurité se dissipe. Nous suivrons ces auteurs, non seulement au point de vue symptomatologique et anatomo-pathologique, mais encore et surtout au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire du diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

Dans ces remarques sur les affections des membranes séreuses, Bichat qui ne connaissait pas leurs maladies telles qu'on les connaît aujourd'hui, formule plusieurs propositions qui devaient ne pas tarder à recevoir une solution satisfaisante, et lui-même, un peu plus tard, dans son cours d'anatomie pathologique, donnait ses idées sur la péritonite. Ses recherches sur les tissus qui entrent dans la composition de nos organes le conduisirent à considérer l'inflammation du péritoine comme pouvant exister seule et indépendamment des organes sous-jacents, reprenant les idées de Pinel qui admettait l'existence des phlegmasies des membranes diaphanes et séreuses. Le mot de péritonite était dès lors créé et prenait droit de cité dans le cadre classique des maladies nosologiques. On ne tarda pas à la décrire, et Gacs, élève de Bichat, en donne une description remarquable dans un article du *Dictionnaire des sciences médicales*, où se trouve sa thèse qui fut accueillie avec beaucoup d'intérêt. Cependant Bichat ne soulève pas la question du diagnostic. Gacs étudie surtout cette maladie au point de vue étiologique, et signale les causes vraiment nombreuses qui déterminent cette maladie. Broussais dit que le tissu du péritoine est semé de petits dépôts de nature pultacée blanche dite tuberculeuse. Quant au diagnostic on admet bien qu'il y a des cas où il est obscur et difficile. C'est un bon avertissement sans doute pour le cli-

nicien, mais combien sont méconnues, ou peu précisées encore les confusions auxquelles on est exposé.

A peu près en même temps que Bichat, Laënnec faisait paraître des observations sur la péritonite tuberculeuse, et ses histoires d'inflammation du péritoine nous apprennent jusqu'à quel degré de précision il en décrit les symptômes, en même temps que Bayle, dont le nom est inséparable de Bichat et de Laënnec dans l'étude de la péritonite, s'attachait à décrire les altérations anatomiques qu'il voyait à l'amphithéâtre ; mais il nous semble que ces illustres cliniciens n'ont point touché aux difficultés du diagnostic. C'était beaucoup pour cette époque de reconnaître pendant la vie la maladie avec les symptômes ordinaires que nous lui connaissons, et c'est surtout un grand mérite pour Laënnec d'en avoir fait une description aussi exacte.

En 1820, Testu choisit comme sujet de sa thèse la péritonite chronique ; on y lit dans sa description ces paroles dignes d'intérêt : « Il est peu de maladies plus difficiles à reconnaître dès leur principe que cette nuance de la péritonite, que l'on a appelée latente, parce qu'elle ne se manifeste clairement qu'après des progrès funestes. » Nous allons voir dans le cours de ce travail combien cette idée est juste, et comment la clinique allait vérifier dans bien des cas cette assertion.

Nous avons parcouru les thèses de cette époque ; nous y trouvons une étude assez complète de cette maladie au point de vue des symptômes ; quant au diagnostic on nous dit bien qu'il ne faut rien moins que l'attention scrupuleuse d'un médecin habile pour la reconnaître, mais les observations, démontrant à quelles erreurs de diagnostic on peut être conduit, manquent absolument, et les thèses de Cha-

banes, Delarue et Leclers ne laissent aucun doute à cet égard. Alors on n'était peut-être pas encore suffisamment éclairé sur la véritable nature de l'affection. On ne savait pas au juste si c'est une phlegmasie simple d'origine purement inflammatoire, ou si, au contraire, la péritonite était une maladie spécifique liée à la diathèse tuberculeuse. Ce manque de notions devait influencer le diagnostic et surtout le pronostic.

C'est à Louis qu'on doit d'avoir clairement exposé sa doctrine sur la tuberculisation du péritoine, d'avoir puissamment contribué aux progrès faits dans l'étude clinique de la maladie. La connaissance de l'étiologie et de la lésion anatomique de la maladie, devait singulièrement éclairer le diagnostic.

Louis reprend les idées de John Baron, qui se plaint que les symptômes de la péritonite n'ont point été tracés d'une façon exacte. Il formule nettement que la péritonite chronique est propre au tuberculeux et qu'il faut admettre principalement l'action d'une cause générale qui agit d'une manière inconnue et produit tantôt l'inflammation chronique du péritoine, tantôt celle des plèvres; enfin il signale la rapidité avec laquelle les fausses membranes peuvent se transformer en tubercules; dans les observations qu'il présente, les symptômes étaient parfaitement confirmés, le diagnostic a paru ne guère offrir aucune difficulté, et, du reste, il a soin de dire lui-même à l'article XI de la péritonite chronique dans son livre sur la phthisie, que les signes de la péritonite tuberculeuse bien que généralement peu saillants, peu nombreux, pouvant passer inaperçus, sont toujours suffisants pour faire reconnaître avec certitude la lésion à laquelle ils se rattachent. Nous ne saurions, pour notre propre compte, admettre cette dernière

proposition et c'est précisément pour démontrer combien sont insuffisantes, dans quelques cas heureusement rares, les indications qui doivent mener au diagnostic, c'est pour démontrer comment la péritonite peut emprunter des symptômes à d'autres maladies (par exemple, à la cirrhose), si bien que des médecins expérimentés, qui occupent dans la science une situation qui les met à l'abri de tout soupçon d'ignorance, que nous avons entrepris ce modeste travail, et les observations que nous présentons, laissent voir des erreurs de diagnostic perpétués jusqu'à la nécropsie. Erreurs basées sur des symptômes qui n'étaient rien moins que les symptômes ordinaires de la péritonite. Ainsi non seulement Louis ne signale pas les difficultés du diagnostic, mais encore il les proclame comme étant de la plus grande facilité, et s'il est excellent de lire cet auteur pour ses observations consciencieuses et ses autopsies rigoureuses, nous ne croyons pas qu'on puisse trouver signalés chez lui les écueils d'un faux diagnostic. Pas une de ses observations ne laisse, à mon avis, soupçonner la possibilité d'une pareille erreur.

Mais ce qu'on doit à Louis, c'est surtout d'avoir précisé l'étiologie de la péritonite chronique; d'avoir démontré la nature tuberculeuse de cette maladie. Cet auteur a même été trop loin en n'admettant que ce mode d'inflammation de cette séreuse, et nous verrons que les cliniciens de nos jours ont admis d'autres catégories de cette maladie.

Les travaux actuels sont venus après cela compléter les travaux anciens. Ils se sont surtout appliqués à décrire une péritonite chronique sans affirmer la nature toujours spéciale de la lésion, ou en admettant que cette lésion peut ne pas être dans tous les cas, une lésion tuberculeuse. Jusqu'à Aran, c'était à la tuberculose qu'il fallait imputer l'inflammation des chroniques du péritoine; mais les travaux con-

temporains ont mis en lumière que les malades atteints de péritonite chronique, n'étaient pas fatalement tuberculeux. M. le professeur Lasègue, dans ses Archives générales de médecine, écrivait ceci : « Une péritonite chronique d'emblée, se développant chez une femme qui a passé l'adolescence, s'il n'existe ni antécédents défavorables dans la famille, ni lésions tuberculeuses dans la poitrine, de quel droit affirmer la nature spéciale de la maladie.

Il est facile de voir que par cette proposition ainsi formulée, ce professeur admettait l'existence d'une péritonite tuberculeuse ; mais en même de temps il compliquait le diagnostic ; car si quelquefois il est difficile de reconnaître la péritonite, une fois reconnue on comprendra de quelle importance sera pour le médecin de préciser la nature de la lésion et comment ici le diagnostic peut aggraver ou atténuer le pronostic.

Dans ces dernières années, M. Lancercaux a admis une péritonite chronique relevant de l'alcoolisme et de la syphilis.

Dans son livre sur la phthisie, M. le professeur Peter engage de rechercher la température locale du ventre qui indiquerait la phlegmasie du péritoine comme la plus grande élévation de la température de la paroi thoracique d'un côté de la poitrine, indiquerait la phlegmasie de la plèvre. Dans l'hydropisie ascite, la température de cette paroi n'est pas sensiblement plus haute que celle de la cuisse, tandis qu'elle l'est s'il s'agit d'un épanchement par inflammation chronique du péritoine.

Ce précepte fait partie de l'histoire du diagnostic et c'est peut-être parce que ce procédé d'examen n'est pas suffisamment entré dans la pratique, que nous devons les erreurs de diagnostic que nous rapportons.

ÉTIOLOGIE.

On comprendra combien ce chapitre devra être court. D'ailleurs, une récente thèse, soutenue par le Dr Armand Delpech, a longuement traité cette question. Nous-même, au point de vue qui nous occupe, nous ne pouvons passer absolument sous silence cet élément du diagnostic. Toutes les causes capables d'engendrer les tubercules peuvent être considérées comme causes de la péritonite tuberculeuse. La péritonite tuberculeuse affecte surtout les enfants de six à dix ans. Elle n'est pas rare chez les adultes. Pour l'âge, nous relevons dans les statistiques fondées par Lebert que le minimum s'observe de vingt à trente, tandis que le maximum s'observe de un à dix ans et de trente à cinquante ans ; ainsi, d'après lui, il ne serait pas exact de dire que la péritonite tuberculeuse soit une maladie de l'enfance, et il ne l'est pas davantage de dire que la deuxième moitié de la vie en offre une proportion bien moins forte que l'enfance et la jeunesse ; après l'âge de cinquante, elle décroît généralement.

Ces détails ont plus d'importance qu'on ne le croit généralement. Au point de vue du diagnostic d'une affection, la notion d'âge est plus complexe qu'il nous semble. N'ayant jamais eu l'avantage de fréquenter beaucoup les hôpitaux d'enfants, les observations personnelles que nous rapportons appartiennent presque toutes à l'âge adulte, c'est-à-dire de trente à quarante ans ; quant aux sexes, la péritonite tuberculeuse, qui survient chez les adolescents, ne fait guère exception de sexe. Il en est tout autrement si l'on considère la forme tardive de la péritonite tuberculeuse :

celle-ci nous paraît moins connue chez la femme que chez l'homme; les faits connus concernent presque tous des hommes.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous touchons au cœur de notre sujet; l'étude des symptômes doit évidemment précéder une discussion sur le diagnostic, et nous ne reproduisons les symptômes ordinaires de la péritonite que pour faire voir que la péritonite tuberculeuse peut exister, en dehors des symptômes ordinaires, avec une marche absolument différente de celle qu'on lui connaît.

La douleur, dans la péritonite chronique, est le symptôme qui subit le plus de variations : tantôt cette douleur est assez vive, le toucher de la paroi abdominale sensible ; tantôt cette douleur n'existe pas, le ventre est insensible. La douleur du ventre, quand elle existe, est un signe précieux pour le diagnostic ; mais d'autres fois, sans douleur, le ventre augmente de volume, présentant une ascite analogue à celle d'un cirrhotique. La douleur que l'on constate dans les cas ordinaires va tantôt progressivement, tantôt, au contraire, elle peut disparaître momentanément. Ainsi, dans les observations I et II, c'est tout au plus si dans cette dernière on a pu la constater vers les cinq à six derniers jours, tandis que le malade de notre première observation a été, au contraire, un malade qui jusqu'à la fin ne présentait aucune douleur abdominale.

Donc cette douleur, symptôme initial dans la majorité des cas de péritonite tuberculeuse, peut ne pas exister du tout.

Il est cependant bon d'ajouter que c'est surtout dans la péritonite tuberculeuse des adultes qu'on voit la douleur supprimée, tandis que quand l'enfant de quatre à cinq ans devient triste, se retire à l'écart et refuse de prendre part aux amusements de son âge, presque toujours, sinon toujours, le ventre est douloureux ; si quelque chose vient à le toucher dans la paroi abdominale, il se plaint, il crie ; mais chez l'adulte, il n'est guère possible d'assigner une valeur absolue à ces symptômes, et nous arrivons à cette conclusion que si, dans bien des cas, le symptôme douleur constitue un bon élément de diagnostic, il en est d'autres, au contraire, où elle n'existe pas, ou bien par son inconstance, son irrégularité, il n'a qu'une bien faible valeur.

Abdomen. — L'abdomen subit des modifications. D'abord une augmentation du volume du ventre ; cette augmentation peut être totale ou régulière. On peut trouver le ventre sphéroïdal comme celui d'une femme enceinte, mais aussi le ventre étalé comme celui d'un cirrhotique ; le ventre a double ou triple saillies, dont l'une est formée par les intestins distendus. C'est ce que démontrent nos observations I, II, V et VI : cette forme de l'abdomen n'est guère décrite nulle part dans les ouvrages classiques. Grisolle ne la signale *pas du tout*, autant que nous ayons pu nous en assurer, et c'est sur cette forme du ventre qu'on doit surtout se mettre en garde.

Chez d'autres malades, une sorte de saillie mamelonnaire plus ou moins volumineuse s'élève sur la paroi distendue. Les téguments de l'abdomen changent d'aspect à mesure que la maladie suit sa marche : lissés, tendus, luisants, lorsque le liquide est abondant ou qu'il existe un peu

d'œdème des parois ; ils se flétrissent dans la suite, prennent par place une apparence chagrinée ou se couvrent de vergetures. Mais il n'en est pas toujours ainsi, car, dans les observations que nous rapportons plus loin, le ventre est resté tendu et luisant jusqu'à la fin, malgré la diminution de l'ascite dans les quatre ou cinq derniers jours.

Mais ce qu'on peut remarquer à la vue et qui jusqu'ici, à notre avis, n'a guère été signalé, c'est la dilatation très marquée des veines sous-cutanées abdominales exactement comme dans la cirrhose. Nous savons bien qu'on l'avait signalé pour les veines inférieures de l'abdomen, qui reconnaissent pour cause l'oblitération du tronc de la veine porte, ce qui fait que M. Lancereaux croit, à cause de cela, que les dilatations veineuses se font de bas en haut, mais cette dilatation des veines thoraciques, nous ne l'avons, à notre avis, trouvée guère décrite : elle était cependant bien évidente chez les malades dont nous présentons les observations.

Quand à la palpation on trouve généralement le ventre rénitent, il semble que le feuillet pariétal du péritoine ne gêne plus. Quelquefois cette rénitence et cette induration vont de l'épigastre jusqu'à l'ombilic. Généralement si l'on veut provoquer la fluctuation il est rare que l'on y réussisse, même en plaçant une main d'un côté et en frappant légèrement du côté opposé, les mouvements ne se transmettent au liquide qu'à une faible distance et les ondulations peu étendues présentent des formes et des directions inattendues, c'est plutôt un ballottement, un tremblement qui se rapprochent du frémissement hydatique qu'une réelle fluctuation, voilà en effet ce que l'on trouve ordinairement dans la péritonite tuberculeuse chronique, y compris le relâchement paralytique de l'intestin et l'accumulation des gaz don-

nant de la sonorité à la percussion ; mais dans certains cas les faits ne sont pas les mêmes, la palpation nous donne les mêmes résultats que dans les cas de cirrhose avec ascite. Dans nos observations la saillie médiane n'était pas effacée, le malade étant couché horizontalement, et l'on constatait un élargissement des flancs qui débordaient latéralement ; en faisant coucher le malade sur le côté, la saillie déclive augmentait aussitôt tandis que l'autre disparaissait, tout autant de phénomènes tenant à la mobilité du liquide.

DIAGNOSTIC.

Ce chapitre, qui répond à l'intitulé de ma thèse, ne pourra guère être très long, car il emprunte au précédent toute son importance.

Nous ne voulons pas répéter ici tout ce qui a été dit sur les difficultés du diagnostic de la péritonite tuberculeuse. Nous engagerons seulement une discussion en rapport avec les observations personnelles que nous présentons. Nous n'entrerons pas dans les détails des différentes maladies avec lesquelles elle a été confondue, car nous n'aurions d'autre mérite que celui de reproduire textuellement les auteurs.

Le diagnostic des affections abdominales, avec ses causes d'erreurs toujours nouvelles, est resté malgré les efforts de tous les temps, une des plus grandes difficultés de la clinique (Tapret).

Il semble que c'est surtout à la péritonite tuberculeuse que ces paroles peuvent s'appliquer. Ainsi, dans nos deux premières observations que nous allons suivre pas à pas, nous allons voir sur quel élément il était possible de fonder un diagnostic.

Le liquide obéissait à toutes les lois de la pesanteur, la percussion donnait un son mat, jusqu'à 3 ou 4 doigts au-dessous de l'ombilic et dans les régions où la matité était absolue, on percevait une sensation de fluctuation, on pouvait même obtenir jusqu'au phénomène de flot. Voilà ce que nous avons trouvé dans plusieurs cas de péritonite tuberculeuse, et il ne sera pas surprenant d'apprendre que le chef de service avait porté le diagnostic de cirrhose. Nous savons que ce fait n'est pas absolument nouveau et en parcourant différentes thèses, on trouve des cas de péritonite tuberculeuse avec une ascite considérable, preuve les deux observations de M. Rendu consignées dans la thèse du docteur Tapret.

Mais dans la symptomatologie, si bien faite d'ailleurs par M. Tapret, si ces faits sont signalés, nous nous permettrons de dire qu'il n'y insiste pas assez, et il nous a semblé bon d'y insister et d'en faire une description à part. Nous donnerons volontiers à cette péritonie le nom de péritonite chronique ascitique.

Les antécédents dont on doit toujours tenir compte et qui dans bien des cas sont un excellent élément, étaient dans les deux premiers cas une cause d'erreur. Notre première observation est celle d'un homme de 33 ans, alcoolique, et qui ne présentait pas de mauvais antécédents héréditaires; ses parents étaient en effet bien portants, il avait eu une pleurésie il y a 4 ans, mais dont il ne restait plus aucune trace. On y trouve un peu d'expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse gauche, rien ailleurs; il se présente à nous avec tous les symptômes de la cirrhose, avec un ventre très volumineux, une dilatation très marquée des veines sous-cutanées, un flot de liquide se déplaçant en masse, pas de douleur.

Est-il possible avec des signes aussi nets de ne pas songer à la cirrhose, et le diagnostic de cirrhose fut en effet porté. Ce malade fut donné comme tel aux candidats du bureau central qui, s'exerçant à l'examen de malades, parcouraient à cette époque les différents services des hôpitaux ; et ce malade fut accepté comme un cas classique de cirrhose ordinaire. Aussi lorsqu'on trouve comme diagnostic différentiel que, dans la péritonite chronique, l'épanchement est moins abondant, qu'il ne se déplace que lentement et péniblement, que la fluctuation est limitée, on voit que dans certains cas ces distinctions ne suffisent plus à faire un diagnostic.

M. Tapret trouve dans la cirrhose plusieurs particularités étrangères de la péritonite : la diminution du volume du foie, son état de gravité, l'hypertrophie de la rate, la coloration des urines. Nous le demandons à cet auteur, excepté la limite supérieure du foie qui dans bien des cas de maladie de cet organe ne change pas, est-il possible de constater la limite inférieure lorsqu'il y a une ascite considérable, et que la matité de l'ascite se confond avec la matité hépatique ? N'en est-il pas de même pour l'état granité du foie, et qui peut prétendre par la palpation constater cet état granité du foie caché sous les côtes. N'est-ce pas un soupçon pendant la vie d'un état qui n'a pu être constaté qu'après la mort. L'hypertrophie de la rate : j'adresserai le même reproche à M. Tapret ; dans un abdomen gonflé par un ascite considérable, malgré le déplacement du liquide que l'on peut obtenir en faisant coucher le malade sur le côté droit, il nous semble difficile de constater cette hypertrophie de la rate, alors que, dans d'autres états morbides de cet organe et où il n'y a pas d'ascite, il faut quelquefois une

main bien exercée pour la constater, et ce signe perçu par les cliniciens est-il à la portée du modeste praticien. Si nos souvenirs nous sont fidèles, nous avons entendu dire à M. le professeur Lasègue que, pour son propre compte, il n'était jamais parvenu à déterminer les limites de la rate. Quant à la coloration briquetée des urines, voilà un symptôme énuméré à la suite de la diminution de volume, de l'état granité du foie, de l'hypertrophie de la rate, et qui a dans ce cas particulier une grande importance. Il me semble que M. Tapret n'y a pas suffisamment insisté. Dans les observations I et II nous avons examiné les urines avec soin et nous n'avons pas trouvé cette coloration briquetée; pendant quinze jours de suite nous en avons poursuivi l'analyse avec acharnement, espérant la découvrir d'un moment à l'autre et nous n'y sommes jamais parvenu; c'était du reste le seul symptôme qui manquait. On n'en a pas moins conclu à la cirrhose. Dans une maladie la réunion de tous les symptômes, moins un, suffit largement pour établir le diagnostic, alors que dans bien des cas on affirme un diagnostic sur un seul symptôme. Nous ne pourrions même pas affirmer si la coloration briquetée des urines est un symptôme continuellement lié à la cirrhose.

Mais le même auteur continue: un dernier renseignement nous est fourni par les circonstances étiologiques qui ont précédé le développement de la maladie. La cirrhose a pour cause ordinaire l'alcoolisme, la syphilis ou les fièvres palustres; nous en avons dit un mot précédemment, et nous avons vu que dans les observations I et II, les antécédents nous avaient trompé. Dans la péritonite chronique du reste, ces trois états peuvent agir par la délibitation qu'ils produisent. Mais il y a un élément de diagnostic différentiel, qui,

nous le croyons, n'a pas été beaucoup signalé. C'est le développement des veines sous-cutanées et thoraciques, veines accessoires de Sappey. C'était jusqu'ici un bon signe pour différencier les deux maladies. Mais dans nos observations, la péritonite avait emprunté jusqu'à ce symptôme de la cirrhose.

Les deux premières observations qui viennent de nous servir de point de départ de notre discussion font sans contredit la base de notre sujet. Nous en avons deux autres qui s'en rapprochent beaucoup. Ce sont les observations V et VI, mais nous devons dire, en toute sincérité, qu'elles n'ont pas été l'objet de la même étude, ou du même intérêt. La troisième et la quatrième qui sont également nos observations personnelles recueillies dans les différents services nous ont montré aussi, la première, une sérieuse difficulté de diagnostic, la seconde une erreur reconnue par le professeur lui-même, tout autant de preuves en faveur de la suspicion, où l'on doit tenir cette maladie.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme qui rentre encore à l'Hôtel-Dieu annexe, et qui est âgée de 30 ans; elle tousse depuis longtemps et présente une cachexie manifeste. On dirige l'examen du côté des poumons et on trouve au poumon droit un peu d'expiration prolongée à l'auscultation et de la submatité à la percussion. Ces faits n'expliquent guère l'amaigrissement extrême et la cachexie profonde dans laquelle cette malade était tombée. L'examen de l'abdomen, ne présente rien d'appréciable, pas de douleur, pas de tension, pas d'ascite, pas de modification signalée par la malade ni constatée par le chef de service.

On porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on a examiné la poitrine et on trouve de l'induration du sommet droit, quant à l'abdomen qui n'avait offert pendant la vie rien de particulier, et qui avait été pour cela même l'objet d'un examen assez rapide de la part du chef de service quel ne fut pas l'étonnement de trouver, une péritonite tuberculeuse généralisée avec des ganglions mésentériques nombreux et assez volumineux, ayant subi la caséification. Voilà donc une femme qui est rentrée à l'hôpital, qui n'a rien accusé du côté du ventre, et cependant cette femme est morte plutôt de sa péritonite que de son poumon. Voilà une péritonite qui a évolué à l'insu de la malade, à l'insu du médecin qui n'a guère eu le temps de suivre sa maladie, puis qu'elle était morte vingt-quatre heures après son entrée. Si ce diagnostic avait pu être fait, il ne l'aurait pu être qu'après un sérieux examen; peut-être même ne l'aurait jamais été.

Dans la quatrième observation, je rapporte le cas d'une femme âgée de 32 ans, qui, elle au contraire, offrait le plus bel exemple de péritonite tuberculeuse; rien ne manquait à la symptomatologie, pas même la douleur du ventre qui, du reste, n'existe pas toujours. Ballonnement, diarrhée, amaigrissement considérable et rapide, tout cela datant de six mois. M. Lasègue porta alors le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Elle resta quatre mois à l'hôpital. On combattit son amaigrissement par un régime approprié et des toniques. Sa diarrhée alternativement par l'opium et le bismuth, l'état général commença à s'améliorer, et rapidement; la diarrhée, qui revenait de temps en temps, finit par disparaître, et elle sortit de l'hôpital en parfaite santé. Le

fait d'une péritonite tuberculeuse arrêtée dans son évolution n'est pas nouveau, et Grisolle en rapporte un ou deux exemples mais ici la guérison avait été si rapide et si complète, que M. Lasègue n'hésita pas à reconnaître qu'on avait porté un faux diagnostic, et que ce n'était pas à la tuberculeuse péritonéale qu'on avait eu affaire, probablement à une entérite chronique.

Enfin, ma cinquième observation se rapproche beaucoup de la première : il s'agit d'un soldat à l'hôpital de la Charité et que nous avons eu à soigner nous-même ; il présentait une altération de l'épididyme qui fut prise pour une épididymite chronique avec une dilatation des veines thoraciques, et une ascite tellement considérable, que le malade ne pouvait rester qu'assis sur son lit. On porta dans ce cas le diagnostic de cirrhose, et l'autopsie révéla du côté du testicule une épididymite tuberculeuse, du côté du péritoine, des ganglions tuberculeux énormes avec des fausses membranes, en même temps qu'on découvrit une péricardite de même nature, du reste diagnostiquée pendant la vie.

Un fait qu'il est intéressant de relater, c'est que dans la péritonite tuberculeuse chronique avec ascite, la diminution du volume de l'ascite se fait dans les quatre ou cinq jours de la maladie. Nous ne croyons pas que cela se passe ainsi dans l'ascite de la cirrhose.

Cette constatation permettra de faire un diagnostic dont il serait pueril d'exagérer l'importance, puisque la maladie touche à sa fin, et qu'alors les efforts du médecin restent impuissants à conjurer une issue fatale.

OBSERVATIONS.

OBS. I. (Personnelle). — X..., âgé de 37 ans, maçon, est entré le 20 mars, salle Saint-Bernard, n° 25 et décède le 1^{er} mai.

Antécédents alcooliques : buvant trois litres de vin par jour, sans compter les gouttes.

Antécédents pathologiques : a eu une pleurésie gauche, il y a quatre ans, qui était parfaitement guérie et dont il ne restait plus aucune trace.

Percussion : un peu de submatité dans la fosse sus-épineuse gauche.

Auscultation : souffle assez marqué à l'expiration dans la même région. Rien d'ailleurs dans le poumon.

Abdomen. — Inspection : ventre très volumineux, saillant en avant. Dilatation très marquée des veines sous-cutanées.

Palpation : flot de liquide ; ventre pas douloureux.

Percussion : matité dans la partie déclive, sonorité à l'épigastre et à l'hypochondre gauche en avant.

Déplacement du liquide comme dans l'ascite ; donc pas d'enkystement.

Ces signes physiques permettent de conclure à une ascite très considérable.

Foie. — Palpation : on ne sent pas le foie déborder les fausses côtes.

Percussion : limite supérieure du foie pas changée.

Limite inférieure : impossible de la déterminer à cause de l'ascite qui fait confondre la matité hépatique avec la matité de l'ascite.

Cœur. — Ne présente rien de particulier.

Signes fonctionnels. — Assez d'appétit; pas de vomissements, pas de dérangement des fonctions intestinales.

Appareil respiratoire. — Particularité signalée plus haut.

Appareil circulatoire. — Rien d'anormal.

Urines. — Pensant que c'était une cirrhose, on avait examiné attentivement les urines que l'on faisait chaque matin mettre dans un bocal. Or, la coloration était normale, et il n'y avait rien du sédiment briqueté de la cirrhose.

Le malade qui avait beaucoup maigri avait perdu ses forces, cependant, il allait et il venait, pendant un mois, il a continué à marcher puis il s'est alité dans les derniers jours; dans les cinq à six derniers jours on doit signaler un peu d'affaissement du ventre; en outre, il est resté plongé dans le coma, il avait en même temps quelques convulsions épileptiformes dont on n'a pas trouvé la cause à l'autopsie (jamais œdème des extrémités inférieures).

Autopsie. — Abdomen: il s'écoule une grande quantité de liquide citrin, renfermant des masses fibrineuses. Les deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine sont recouverts de néo-membranes assez épaisses dont la surface présente des granulations tuberculeuses nombreuses, assez rapprochées les unes des autres.

Foie. — Pas de lésion appréciable à l'œil nu; ni diminué, ni augmenté de volume.

Poumons: Le gauche adhérait aux côtes, il était revenu sur lui-même. A la coupe, on a trouvé une toute petite caverne au sommet et quelques granulations.

La rate qu'on avait examinée pendant la vie et qui n'avait offert rien de particulier, avait en effet sa grandeur et son aspect normaux.

La diagnostic pendant toute la vie de ce malade avait été celui d'une cirrhose : âge adulte, alcoolique, ascite considérable. Pas de douleurs abdominales et amaigrissement général.

Signalons cependant que les accidents étaient survenus lentement et graduellement, que peu à peu le ventre s'était développé, que peu à peu aussi le ventre avait diminué.

Obs. II. (Personnelle). — Pasquier (Eugène), 32 ans, porteur aux Halles. Salle Saint-Bernard, n° 20. Entré le 13 avril, mort le 25 mai.

Antécédents : alcoolique.

État actuel. — 13 avril. *Abdomen.* — Inspection : ventre volumineux, distendu, dilatation veineuse très considérable.

Palpation : ventre assez tendu, mais flot de liquide. En faisant varier la position du malade à droite et à gauche, on constate que la sonorité de la région des flancs se modifie, que tantôt il y a de la sonorité, tantôt de la submatité ; donc ascite pas très considérable.

Foie. — Palpation : Ne déborde pas les fausses côtes.

Percussion : sa limite supérieure n'est point changée ; sa limite inférieure non plus.

Poumons. — Expiration prolongée à gauche, matité du même côté, quelques gros râles crépitants de congestions, mais très rares de la base droite en arrière.

Cœur. — Rien d'anormal.

Le malade ne s'est pas sensiblement amaigri ; pas d'œdème des membres inférieurs.

Symptômes fonctionnels. Actuellement, pas de maux de

reins ; diarrhée ; les urines n'offraient rien de particulier ; pas de toux, un peu de fièvre.

Marche de la maladie. — Les jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital, le volume du ventre ne fit qu'augmenter davantage, et la dilatation veineuse devint extrêmement prononcée, en même temps la percussion permettait de constater que l'épanchement ascitique progressait assez rapidement, si bien qu'à la fin, le niveau supérieur du liquide était à trois travers de doigts au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le ventre continuait à être peu douloureux à la pression, il n'y avait toujours pas d'œdème des extrémités inférieures. Ces symptômes firent porter le diagnostic de cirrhose.

Quelque temps avant sa mort, le malade se plaignit beaucoup de hoquet. Pourtant pas de frottements péricardiques ; dans les derniers jours, la congestion de la base droite ne fit qu'augmenter davantage ; il y avait eu aussi un peu de congestion à la base gauche, le malade maigrissait tous les jours ; depuis son entrée à l'hôpital, il ne s'est jamais levé ; incontinence d'urine et de matières fécales à la fin. Notons comme dans la première observation que dans les derniers jours le volume du ventre s'était un peu affaissé.

Nécropsie, abdomen. — Ecoulement abondant du liquide citrin, contenant beaucoup de flocons albumineux ; toute la surface du péritoine pariétal et viscéral est recouverte de néo-membranes dont la surface est parsemée de granulations tuberculeuses nombreuses et volumineuses. Ces néo-membranes et ces granulations tapissent aussi la face inférieure du diaphragme. C'est ce qui explique peut-être le hoquet si persistant qui tourmentait le malade dans les

derniers jours. La rate adhérait au diaphragme sur une assez grande partie de sa face externe.

Foie. — Absolument rien à signaler.

Reins. — La substance corticale était altérée, elle était un peu ramollie et un peu jaunâtre.

Poumon droit. — Congestion du lobe inférieur et du lobe moyen. Dans le lobe supérieur, on trouve quelques granulations tuberculeuses agglomérées formant une petite masse analogue à une petite noisette. L'examen le plus attentif nous permet de découvrir nulle part ailleurs pas la plus petite adhérence pleurale. Si le poumon droit n'avait pas été congestionné, il aurait tout à fait eu son apparence normale, sauf quelques granulations.

Poumon gauche. — Congestion du lobe inférieur, tubercules au sommet.

Péricarde et cœur. — Rien.

OBS. III (personnelle). Salle 1, Hôtel-Dieu annexe, service de M. Moutard-Martin, salle des femmes; entrée le 2 juin, morte le 4 au matin, âge 25 ans.

Antécédents héréditaires mauvais : parents morts de tuberculose. Elle-même est ouvrière et travaille dans les ateliers.

Malade depuis huit mois. Tousse, crache peu. A maigri beaucoup et rapidement. Se présente dans un état de débilité extrême ; diarrhée presque continuelle.

Inspection. — La poitrine n'offre rien de particulier, si ce n'est cet amaigrissement ; l'abdomen n'est ni douloureux ni modifié dans sa forme et son volume. Pas trace d'ascite.

Thorax. — La percussion donne un peu de matité du côté droit, rien du côté gauche.

Auscultation. — Expiration prolongée du même côté; Rien non plus à gauche.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire; l'abdomen n'offrant rien de spécial, on ne pousse pas plus loin l'examen de la malade.

Nécropsie. — Poumon : induration du côté droit; rien dans le poumon gauche.

Cœur et péricarde. — Rien.

Abdomen. — Néo-membranes criblées de tubercules, ganglions caséifiés et ressemblant à de petits paquets.

Foie, reins, rate. — Rien à signaler.

Obs. IV, personnelle (inédite). Hôpital la Pitié, salle Laennec, n° 21. Entrée le 2 février 1882, sortie le 29 mai de la même année.

Femme âgée de 32 ans, cheveux rouges; travaillant en atelier; pas d'antécédents héréditaires mauvais.

Etat actuel. — Amaigrissement extrême; elle se plaint surtout d'une diarrhée persistante et de douleurs abdominales.

Inspection. — Le ventre est tendu, luisant, volumineux, un peu douloureux à la pression, mais pas d'ascite.

Thorax. — Inspection, percussion et auscultation ne donnent rien de précis. La diarrhée, la douleur, l'augmentation du volume du ventre, sa tension et cet amaigrissement survenu en peu de temps firent porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Traitement. — Tonique, vin quinquina; contre la diarrhée, opium et bismuth; amélioration dans trois semaines de temps; la diarrhée diminua tout d'abord, se supprima

ensuite pour reparaître de temps en temps et enfin disparaître définitivement.

En même temps, la malade augmenta son embonpoint : son ventre ne cessa d'être douloureux et devint flasque.

Elle sortit de l'hôpital comme si jamais elle n'avait été malade.

OBS. V. — J. B., soldat au 16^e de ligne, âgé de 24 ans ; entré le 4 mai 1879 à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon. Mort le 5 juin de la même année.

Antécédents héréditaires : mauvais, est né de parents tuberculeux, pas alcoolique, a eu une blennorrhagie il y a quatre ans ; souffre de troubles gastriques depuis quelques jours, amaigrissement rapide, pas d'appétit. Il s'est aperçu quinze jours avant son entrée à l'hôpital d'augmentation du volume du ventre qui allait chaque jour en progressant ; en même temps, la toux avait apparu.

Etat au moment de son entrée : Ventre peu douloureux, distendu, volumineux, dilatation veineuse manifeste.

Palpation : Flot de liquide qui se déplace. Modification de la sonorité des flancs par le changement de position.

Foie. — Limite supérieure normale ; limite inférieure, rien d'appréciable.

Poumons. — Matité manifeste à droite. Craquements dans le même côté.

Cœur. — Souffle péricardique.

Testicules. — Induration épidydimaire.

Diagnostic. — Cirrhose.

Pendant les mois qu'il est resté à l'hôpital, l'ascite augmenta d'une façon telle que le malade était obligé de rester assis pour respirer. Ce ne fut que les quatre ou cinq der-

niers jours qu'on constata un peu d'affaïssement du ventre. Notons aussi en passant que le malade avait peu de diarrhée, peu de fièvre.

L'amaigrissement et la cachexie s'accroissent avec la perte absolue d'appétit. Le malade mourut le 5 juin.

Autopsie. — Poumons tuberculeux au sommet du poumon droit. Commencement d'induration à gauche.

Cœur. — Tubercules au péricarde, formation de fausses membranes.

Foie. — Rien à signaler.

Abdomen. — Écoulement très abondant de sérosité citrine, fausses membranes parsemées de granulations tuberculeuses.

Rate. — Quelques adhérences diaphragmatiques.

Testicules. — Manifestement tuberculeux.

Les urines n'avaient pas été examinées pendant la vie.

OBS. VI. — B..., 22 ans, entré le 14 du mois d'août 1882, salle Jenner, service de M. Lasèque. Mort le 2 septembre.

Antécédents héréditaires : suspect, pas alcoolique, cet homme n'a jamais eu de selles sanguinolentes ni de toux.

Début il y a deux mois ; faiblesse et troubles gastriques. Depuis un mois, toux, douleurs au-dessous du sein droit, sueurs nocturnes depuis quinze jours ; diarrhée.

Etat actuel. — Anorexie, émaciation, diarrhée légère, œdème des membres inférieurs, ventre très gros. Ascite considérable, la peau du ventre est tendue, luisante. Saillie ombilicale manifeste, œdème des parois thoraciques, dilatation veineuse.

Thorax. — Expiration rude et prolongée, au sommet droit pas de signe de ramollissement.

Diagnostic, péritonite tuberculeuse.

Mort quinze jours après son entrée.

Autopsie. — Pôumons, induration au sommet droit. Le cœur rien. Foie rien à signaler, l'ouverture de l'abdomen avait donné lieu à une grande quantité de sérosité citrine. Urines n'avaient pas été examinées.

Nous avons tenu à rapporter cette observation, quoique le diagnostic de péritonite tuberculeuse ait été porté dès les quatre premiers jours et qu'il ait été vérifié par l'autopsie. Mais il peut être placé dans la catégorie de ceux qui devaient offrir de sérieuses difficultés, et sans ses antécédents héréditaires, si on n'avait pas su qu'il n'était pas alcoolique, la forme du ventre, l'ascite, l'œdème des parois lui donnaient singulièrement l'apparence d'une cirrhose.

CONCLUSIONS.

La péritonite tuberculeuse offre dans certains des analogies telles avec la cirrhose qu'il est bien difficile de faire le diagnostic.

Comme élément de diagnostic différentiel on a l'étiologie qui trompe quelquefois, exemple les observations I et II, mais dont on ne peut contester l'intérêt.

Les lésions pulmonaires sont un précieux élément de diagnostic. Ne jamais oublier l'examen du poumon, semble ici un précepte dont on ne doit jamais se départir.

L'examen des urines est d'une importance capitale. Il peut mettre sur la voie du vrai diagnostic, ou reformer un faux diagnostic.

Nous croyons qu'il serait bon de suivre le précepte de M. le professeur Peter au sujet des températures locales.

Une affection intestinale comme l'entérite chronique peut nous donner les symptômes de la péritonite.

La diminution de l'ascite dans les quatre ou cinq derniers jours de la maladie peut être aussi un indice précieux pour éclairer le médecin.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Anatomie. — Structure et composition des nerfs en général.

Anatomie pathologique. — Des Différentes espèces de tumeurs appelés mygomes et myxomes.

Physiologie. — Usages et fonctions du bulbe rachidien.

Hygiène et physique. — Production de la chaleur ; effets avantageux et nuisible du calorique.

Histoire naturelle médicale. — Des principales substances médicamenteuses fournies par les ombellifères.

Chimie médicale et toxicologie. — Empoisonnement par le sulfate de cuivre ; manière d'en constater la présence dans le commerce.

Pathologie et clinique externes. — Des tumeurs érectiles et de leur traitement.

Pathologie et clinique internes. — Des cirrhoses.

Médecine opératoire. — Désarticulation du coude.

Matière médicale et pharmaceutique. — Des alcaloïdes
et de leur préparation.

Médecine légale. — De l'infanticide.

Accouchements. — De l'éclampsie.

Vu : le président de la thèse

POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD.